

ISSN 2526-8910

Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 26, n. 3, p. 580-589, 2018

<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1051>

# Interações entre mães e bebês prematuros: enfoque nas necessidades essenciais

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim<sup>a</sup>, Monika Wernet<sup>b</sup>, Adriana Moraes Leite<sup>c</sup>,  
Luciana Mara Monti Fonseca<sup>c</sup>, Débora Falleiros de Mello<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

<sup>b</sup>Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

<sup>c</sup>Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

**Resumo:** Introdução: A literatura indica de vital importância as experiências e os cuidados aos quais toda criança tem direito a um desenvolvimento saudável, considerando suas necessidades de relacionamentos contínuos; de proteção física; de respeito às diferenças individuais; de estímulos apropriados à idade; de estabelecimento de limites e de comunidades estáveis, amparadoras de continuidade cultural. Objetivo: Identificar aspectos das interações entre mães e bebês prematuros hospitalizados, destacando as necessidades essenciais. Método: Estudo exploratório com análise qualitativa temática dos dados, fundamentado no quadro conceitual das necessidades essenciais da criança, com base em entrevistas com 14 mães de prematuros hospitalizados. Resultados: Relatos maternos apontam interações limitadas em razão de separação física, falta de oportunidades plenas de contatos com o filho e acolhimento profissional incipiente, mencionando ansiedade, culpa, inseguranças e dificuldades para assumir o cuidado. Resultados sugerem, como desdobramento, que as necessidades essenciais da criança ficam em vulnerabilidade. Conclusão: Contato precoce com o filho pode trazer a apropriação gradativa de vínculos, em busca de interações socioafetivas saudáveis. O estudo reafirma a importância da interação materna nos cuidados ao bebê prematuro para promover desenvolvimento humano. Cabe aos profissionais de saúde a organização de ambientes de cuidado sustentador, para garantir as necessidades essenciais da criança e o cuidado integral à saúde.

**Palavras-chave:** *Recém-nascido Prematuro, Interação Mãe-bebê, Hospitalização, Integralidade, Terapia Ocupacional.*

## Early interactions between mothers and hospitalized premature babies: the focus on the essential needs of the child

**Abstract:** Introduction: The literature indicates to be of vital importance the experiences and care that every child has the right for a healthy development, considering their needs for continuous relationships, physical protection, respect for individual differences, stimulus and confidence building, as the establishment of boundaries and stable communities that support cultural continuity. Objective: To identify aspects of early interactions between mothers and premature babies during hospitalization, highlighting the essential needs. Method: An exploratory study using qualitative data analysis, based on the conceptual framework of the essential needs of the child. Interviews with 14 mothers of premature babies, with thematic content analysis were performed. Results: Analysis of maternal reports showed limited interactions between mothers and their premature babies due to the physical separation, lack of opportunity of contact, and incipient professional reception, mentioning anxiety, guilt, insecurity, and difficulties to assume the care of the babies. Results suggest that the needs of the child become vulnerable. Conclusion: The early contact allows mother-child dyad by means of gaze, touch, cuddle, among others. The study reaffirms the importance of maternal interaction in the care of premature babies, in order to promote healthy child development. It is for health professionals to organize supportive care environments that prioritize the protection needs of the child and of the family.

**Keywords:** *Infant, Premature, Mother-child Relations, Hospitalization, Integrity in Health, Occupation Therapy.*

**Autor para correspondência:** Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, Rod. Washington Luís Km 235, SP-310, CEP 13565-905, São Carlos, SP, Brasil, e-mail: [joaquimrhvt@gmail.com](mailto:joaquimrhvt@gmail.com); [regin@ufscar.br](mailto:regin@ufscar.br)

Recebido em Dez. 8, 2016; 1ª Revisão em Maio 28, 2017; 2ª Revisão em Nov. 24, 2017; Aceito em Fev. 2, 2018.

## 1 Introdução

As interações mãe-filho em fases iniciais da vida contribuem para o desenvolvimento humano (ESTEVES; ANTON; PICCININI, 2011), sobretudo no âmbito emocional (ESTEVES; ANTON; PICCININI, 2011; SHAH et al., 2013) e no atendimento de necessidades essenciais da criança (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002). Segundo Flacking et al. (2012), a reciprocidade e a sensibilidade na interação requerem sintonia e articulam-se aos comportamentos dos sujeitos entre si. Trata-se de processos recíprocos de engajamento que se tornam progressivamente mais complexos, à medida que os sujeitos avançam no conhecimento um do outro e aperfeiçoam suas capacidades de ajuste e regulação mútua dos comportamentos.

A prevalência da prematuridade é crescente mundialmente e configura-se como um problema de saúde pública, tendo em vista que a estimativa para 2030 é de que a mortalidade no período neonatal será alta, com as complicações do nascimento prematuro e as relacionadas ao período *intrapartum* como principais causas de mortes nas crianças (LIU et al., 2015).

Estudos já demonstraram que a qualidade das interações mãe-filho influencia desfechos perinatais e neonatais, sobretudo os relativos ao crescimento e aos desenvolvimentos emocional, social e cognitivo da criança e às suas necessidades essenciais (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002; MELO; SOUZA; PAULA, 2013; MELLO et al., 2014). Desta forma, na atenção à saúde, identificam-se preocupações nesta direção, com reconhecimento das repercussões das relações precoces no desenvolvimento humano (SCHAEFER; DONELLI, 2017).

O quadro das necessidades é reconhecido em suas contribuições para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil. Envolve seis necessidades, a saber: (a) de relacionamentos sustentadores contínuos (de cuidado e afeto), sobretudo em termos da presença do cuidador/a e do modo de sua interação com a criança; (b) de proteção física, segurança e regulamentação, relacionada com a manutenção da integridade física e fisiológica da criança, envolvendo alimentação, higiene, sono, abrigo, movimentação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apoio aos hábitos saudáveis, proteção contra infecções e acidentes, e uso da legislação e outras medidas na proteção a danos físicos, sociais e ambientais; (c) de experiências de respeito às diferenças individuais, expressa pelo reconhecimento das especificidades da criança no cuidado ofertado, com exclusão de padronizações;

(d) de experiências adequadas ao desenvolvimento que envolve ações de estímulo e promoção da confiança da criança em si e sentimento de ser aceita, cuidada e amada; (e) do estabelecimento de limites, organização e expectativas com desdobramentos ao desenvolvimento da capacidade de empatia, por meio de afeto, segurança e vínculo; (f) de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural, articulada ao conceito de ser a comunidade e cultura alicerces ao desenvolvimento da criança e sua família, considerando os aspectos assistenciais, educacionais e de saúde em sua rede social (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

Para Kreutz e Bosa (2013), o nascimento de um bebê prematuro, muitas vezes, coloca a mãe e a família diante de certas limitações de cuidado no âmbito hospitalar, podendo surgir sentimentos de angústia, temor da morte e frustração que os pais precisam aprender a reconhecer e a se relacionar, reforçando a importância do apoio social e corresponsabilidade com os profissionais de saúde, em especial em termos de esforços para promover o vínculo mãe-bebê (CARTAXO et al., 2014; JOAQUIM; SILVESTRINI; MARINI, 2014; VIERA et al., 2010). Segundo Bengozi et al. (2010), durante a hospitalização do prematuro, essa relação pode sofrer influências institucionais, de suas rotinas e procedimentos, usualmente pouco afinados com os desejos de interação e cuidados maternos.

Aspectos das interações entre mãe e bebê prematuro e a promoção da saúde em âmbito hospitalar são pouco difundidos, particularmente com foco nas necessidades essenciais. Nesse sentido, entre outras recomendações ao cuidado em saúde, está a promoção da interação mãe e filho, sobretudo pelas repercussões no processo de vínculo e apego (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002), desenvolvimento infantil (BRITTO; ULKUER, 2012; BORCK; SANTOS, 2010) e estabelecimento do papel parental (BORSA; NUNES, 2011; FALBO et al., 2012), levando em conta que as interações entre mãe e bebê prematuro são fundamentais e afetam o cuidado da criança, a promoção do seu desenvolvimento e de suas necessidades (ESTEVES; ANTON; PICCININI, 2011; SHAH et al., 2013; FLACKING et al., 2012; SCHAEFER; DONELLI, 2017). Assim, o presente estudo teve como objetivo identificar aspectos das interações entre mães e bebês prematuros, destacando as necessidades essenciais durante a hospitalização, e contribuir para a discussão sobre o papel do terapeuta ocupacional nesse contexto.

## 2 Método

Estudo qualitativo, exploratório, fundamentado no quadro conceitual das necessidades essenciais das crianças (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002), desenvolvido ao longo de estágio pós-doutoral de uma das autoras.

A coleta dos dados foi desenvolvida com mães que acompanhavam seus filhos nascidos pré-termo em unidade de cuidados intermediários neonatais de um município do interior paulista. A escolha dessa unidade deveu-se ao entendimento de que os estressores iniciais relacionados ao parto e nascimento prematuro já estariam relativamente estabilizados e de estar na memória materna os aspectos marcantes da interação com sua criança. Os critérios de inclusão adotados foram: ser mãe de bebê prematuro hospitalizado e ser maior de 18 anos ou emancipada legalmente. Como critérios de exclusão, estabeleceu-se: ter a criança alguma má formação congênita ou neurológica diagnosticada. O período de novembro de 2013 a janeiro de 2014 foi estabelecido como de captação às participantes em potencial, processo desenvolvido com o apoio dos profissionais da referida unidade. Assim, a amostra foi de conveniência, cabendo ressaltar que a densidade do material obtido foi de suficiência para retratar o fenômeno em foco, de forma que a partir da décima entrevista não existiram acréscimos de informações relevantes, com repetição de muitas das já obtidas.

A entrevista aberta foi a estratégia de coleta de dados selecionada, utilizando-se a colocação disparadora “Conte-me a respeito das interações com seu(sua) filho(a) durante a internação dele(a)”. Outras colocações e questões articuladas ao que era exposto foram utilizadas, com vistas a relatos densos e pormenorizados acerca das interações vivenciadas e sua contextualização. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. O texto derivado dessa transcrição sofreu os processos recomendados pela análise de conteúdo do tipo temática indutiva (BUETOW, 2010). Buetow (2010) estabeleceu a exploração do material segundo leituras reiteradas deste, em um primeiro momento visando à identificação de situações significativas ao fenômeno em exploração. Posteriormente, novas leituras são desenvolvidas para seleção de excertos e estabelecimento de unidades temáticas. Os aspectos apreendidos foram analisados à luz do quadro das necessidades essenciais da criança (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002), com atenção à complexidade e entrelaçamento das múltiplas dimensões nas interações da mãe com o filho.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 346.177/2013, e seguiu as recomendações para a pesquisa com seres humanos da Resolução 466/2012, com utilização de termo de consentimento livre (TCLE) de todos os participantes. A preservação da identidade das participantes foi respeitada e a identificação nos trechos de falas foi realizada a partir da letra M (de mãe), seguida de número arábico tradutor da ordem de entrevista desenvolvida no estudo.

## 3 Resultados

Catorze mães participaram do estudo, tendo a idade delas variado de 14 a 42 anos, estando seis na faixa dos 10 a 20 anos, quatro na faixa dos 21 a 31 anos e quatro entre 32 e 42 anos. Nove delas tiveram parto cesárea e cinco, parto normal. Todas referiram ter realizado pré-natal com número de consultas igual ou superior a seis. Nenhuma delas tinha experiência anterior de prematuridade e sete delas eram primíparas. Três delas tiveram gemelares. Quanto aos bebês, a idade gestacional variou de 24 a 36 semanas, o peso ao nascer ficou entre 640 g e 2.565 g, o índice de Apgar esteve entre 2 e 10 no 1º minuto e entre 3 e 10 no 5º minuto de vida. O tempo de hospitalização das crianças variou de 2 a 98 dias.

Os aspectos das interações entre mães e bebês prematuros estão apresentados a partir de três unidades temáticas: o nascimento prematuro: ansiedade, culpa e separação; o contato com o bebê; cuidados maternos: um processo de aprendizagem na internação.

### 3.1 O nascimento prematuro: ansiedade, culpa e separação

O período que precede o parto é para as mães uma etapa de ansiedade e expectativa em relação à situação clínica do bebê e de si própria. Todas se veem imersas em uma rotina completamente diferente do habitual e não imaginada. A passagem do tempo é emocionalmente morosa e associa-se com a sua evolução clínica e a do bebê. Preocupam-se, sobretudo, com a saúde da criança.

*Eu pensei na saúde dela o que importa é a saúde dela (M10).*

*A hora é mais lenta. É um tempo que descansa o corpo, mas cansa a mente (M5).*

Nessa situação, os profissionais de saúde podem ser sustentadores ou não e essa avaliação está relacionada à assertividade deles na indicação de sua internação.

Há casos em que as mães ficam perambulando da casa para a maternidade e só são internadas na iminência de uma complicação, como rompimento da bolsa amniótica, ocorrência de sangramento, sinais de infecção, aumento de pressão arterial, entre outras.

Algumas são aproximadas gradualmente da situação especialmente por meio de explicações. Outras vivenciam o desamparo profissional e só são acolhidas (por vezes incipientemente) diante de atitudes próprias, tanto de busca quanto de descontrole emocional. Todas expressam que conhecer os procedimentos, equipamentos e rotina do serviço diminui as repercussões emocionais do parto/nascimento prematuro, algo desconhecido e assustador.

*Ele [médico] me preparou pela medicação e pelo fato dele dizer que o bebê poderia vir prematuro. Desde a gestação ele já avisou que ele [bebê] poderia vir a qualquer momento, cesárea ou parto normal. Então, eu já fui me preparando psicologicamente e toda a família (M12).*

Há sentimentos de culpa (sobretudo nas adolescentes) e a sensação materna de ter colaborado para o nascimento antecipado do filho e para seu sofrimento infligido. Elas sofrem com o filho, compadecem-se com ele e envolvem-se com sua luta pela sobrevivência e recuperação. Em paralelo, comparam sua situação com as de outras mães que já estão com o filho ao lado, quando referem compreensão e sofrimento. Desejam proximidade do filho e queixam-se do desamparo no cuidado em saúde dirigido a elas. Tais desamparos ampliam preocupações e sofrimentos, com desdobramentos às interações com a criança.

*Eu vinha e eu ficava chorando mais, olhava pra ela e não tinha como não chorar. Complicado. Ela estava sofrendo ainda, lutando por ela. E a gente sente um pouco de remorso. Eu só ficava chorando, ultimamente ela foi melhorando e conforme ela foi evoluindo eu fui ficando feliz e melhorando junto com ela. [...] Ninguém esperava que eu fosse ficar grávida (M8).*

*Ontem [dia que o bebê nasceu e a mãe não pode ficar com ele no quarto] foi horrível. É que você vê as outras mães de cesárea e de parto normal e o neném está lá, já está com elas. Os delas vieram e o meu não veio [...] Eu pensei: é melhor ele [filho] ficar lá [UCIN] para se recuperar e depois ele vem para cá. Mas, a sensação é horrível, de ver as mães lá com seus outros filhos dando de mamar e o seu ainda não (M7).*

### 3.2 O contato com o bebê

A interação da mãe com o bebê nos momentos iniciais de vida dele é quase inexistente diante das necessidades de procedimentos terapêuticos e diagnósticos para sua sobrevivência. O contato visual é, na maioria das vezes, o primeiro e único tipo de interação, porém com grande representatividade. Para algumas das mães, isso é suficiente, no sentido de verificar que seu bebê está vivo e que está sendo assistido. Outras desejam contato físico com o filho.

*Eu quis assistir o nascer, para ver o rostinho, como é que era. Eu falei que depois poderia até me deixar dormir, mas no momento eu queria ver. Só saber que você está ali, está vendo, pelo menos já conforta um pouco. Eu tinha visto, mas eu não consegui relar nele na hora que nasceu. Levaram ele rapidinho para dentro. Ele já estava meio cansadinho, então eu fui lá ver ele rapidinho. Só depois é que a moça [profissional enfermagem] me deixou pegar ele um pouquinho, antes dela dar o banho eu segurei. Ele ficou acordadinho. Foi a melhor coisa, a melhor sensação (M12).*

*Foi uma emoção grande. Eles já tiraram e rapidinho mostraram os dois, foi uma emoção muito grande porque só iria cair a “ficha” na hora que eu estivesse ali vendo os dois, eles mostraram ai caiu minha “ficha” ali na hora, mais ou menos, caiu pela metade que agora está caindo o resto que eu estou vendo a dificuldade que é cuidar (M13).*

Quando encontrar, olhar e tocar o filho demora a se efetivar, a sensação é de medo, angústia e expectativas relativas à sobrevivência dele, consumação do contato e exercício da proteção almejada. As que têm contato físico com o filho, mediante autorização de entradas na unidade de cuidado hospitalar, reclamam da falta de liberdade e do pouco tempo para as interações com a criança.

Muitas mães não sabem detalhes do que está acontecendo com o seu bebê, para além da informação de que está em situação “normal” ou “usual”. Acompanham os filhos dentro de suas possibilidades e das permissões institucionais.

Neste estudo, todas as entrevistadas explicitaram sofrer diante da negativa em poder estar na unidade com o filho e ter livre acesso a ele. O sofrimento é ampliado pela imaginação em relação ao que o filho está passando, o que é resultado do que veem e ouvem na unidade. Apontam que as palavras técnicas são aprendidas com o tempo. Permanecem em pensamento com o filho e sua situação e, assim, vão aproximando-se dele.

*Eles falam que o sistema imunológico é muito fraco, a saturação fica caindo. Então, ficava olhando para ela e pensando, acho que por isso vinha o remorso, eu ficava chorando, olhando e pensando, vendo o sofrimento dela (M8).*

*Ela [profissional da enfermagem] falou para mim e eu não consegui dormir, porque é horrível. Eu consegui tirar um cochilo de quinze minutos, mas eu levantava e ia lá ao berçário. Eu voltava para o quarto e conversava com minha mãe e ia passear. Eu passeava, olhava no vidro e ele estava lá, eu fiquei a noite inteira assim. Então, chegou de manhã, elas [profissional da enfermagem] falaram que ele [filho] não podia voltar [para o quarto], que ainda ia fazer exame. Mesmo assim eu fiquei toda hora indo lá ver ele (M7).*

Quando o bebê necessita da internação em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e o contato da mãe é com o filho na incubadora, há receio de tocá-lo. As formas de interação como tocar e olhar parecem primordiais para as mães, embora a aparência do bebê e os equipamentos causem medo e estranheza. Elas utilizam-se de conversas com o bebê como forma de interação e elaboração da situação vivida.

*No primeiro dia eu fiquei com medo de por a mão nela, que a pele estava bem sensível que ela foi prematura extrema, bem frágil mesmo, que eu fiquei com medo de por a mão. No segundo dia foi começando a ter mais, fui perdendo o medo, comecei a conversar mais com ela. Foi isso, foi sempre a mesma rotina porque não podia pegar ela, por muito a mão. Na incubadora não dá para fazer muita coisa (M8).*

*Ela estava cheia de injeção, cheia de agulha, na incubadora e eu não tinha visto nenhum bebê na incubadora. Foi estranho até na hora que tirou as agulhas dela agora, por isso ela está chatinha, foi estranho, foi feio. Foi para o bem dela, mas é estranho ver (M11).*

Há emoções contraditórias e uma forma única de cada mãe em lidar com os primeiros contatos. Para algumas delas, parece um abandono ao bebê, com o entendimento de que após o nascimento a sua sobrevivência depende somente dele. Compadem-se com a criança, aspecto que causa imensa dor.

*Foi doloroso. Apesar de antes eu estar sentindo dor, ela estava junto, mas eu pensava em mim. Na hora que eu vi ela lá [incubadora], eu fiquei triste, porque eu não estava sentindo nenhuma dor. Agora era ela que estava lutando por ela, sofrendo. Eu fiquei super mal (M8).*

Para outras, o fato de o bebê ter sobrevivido, independentemente do que lhe “custa”, é suficiente para o bem-estar materno. Os relatos apontam sensação de alívio pela sobrevivência do bebê e, ao mesmo tempo, de apreensão pelo que se sucedeu nos primeiros momentos de encontro da díade mãe-filho. Na interação, atentam-se ao número e tipo de dispositivos e ao aparato tecnológico usado pela criança e os associam ao bem-estar/gravidade dela.

*Foi a sensação, foi a melhor coisa do mundo, poder ver ele. Que ele estava bem, graças a Deus, que não estava com respirador, que não estava com nada, só sendo alimentado pela sonda mesmo (M12).*

Os relatos sugerem também a necessidade da mãe em dar continuidade à ligação com seu bebê, antes visceral, com novas formas de contato entre os dois, por meio do olhar, tocar, pegar no colo, entre outras coisas, enfim fazeres que caracterizam o que é materno.

### 3.3 Cuidados maternos: um processo de aprendizagem na internação

Oferecer cuidado a um bebê é algo que grande parte das mães, de algum modo, vai se preparando ao longo da gestação. No caso do nascimento prematuro, esse tempo de “se preparar” é percebido como encurtado. Ainda, quando é necessária a hospitalização, as novas mães deparam-se com uma adaptação a esse novo contexto. Essa situação pode potencializar as dificuldades maternas e trazer consequências ao desenvolvimento dos cuidados. Sentem falta de alguém próximo para apoiá-las nesses momentos. Algumas desejavam ter a mãe próxima e outras relacionaram a força divina como um empoderamento para tanto.

*Não sei cuidar de criança não. Hoje foi a primeira vez que eu troquei fralda. Complicado. Queria que minha mãe viesse aqui me ensinar, não dá para ela vir, não pode (M8).*

*Tudo foi diferente, é uma adaptação muito diferente, só Deus para ajudar. É alguma coisa completamente diferente, não tinha filho. É difícil se preparar e estar vivendo (M13).*

Cuidar de um bebê implica um processo de aprendizagem que vai se consolidando na interação entre os envolvidos, mãe, bebê, família e seu entorno.

Alguns relatos apontaram que na situação de internação pouco é permitido às mães, exceto obediência aos comandos profissionais. Porém, não há uma orientação sistematizada e por vezes dualidades

no que é recomendado a elas. As mães aprendem sobre o seu bebê, a rotina do serviço e os cuidados técnicos, vivendo o dia a dia, mas fragilizadas emocionalmente.

*Uma [profissional de saúde] vem e fala: só dá o peito, a outra fala: só mamadeira e depois o peito. A gente não sabe direito, é complicado (M14).*

O cuidado materno restringe-se primordialmente à observação, uma vez que na unidade estudada, à época da coleta de dados, vivenciaram a negativa do desempenho do cuidado. Por exemplo, o banho, inicialmente, não é realizado pelas mães. Segundo elas, as justificativas são pela fragilidade do bebê e dos dispositivos de cuidado utilizados por ele. Apontam também outras justificativas utilizadas pelos profissionais para negar-lhes a realização de cuidados com o filho ou a colocação dele em seu colo, relacionadas à infecção, à instabilidade térmica da criança e às repercussões na recuperação dela.

*Ele [bebê prematuro] tem que ficar na incubadora e eu nem posso pegar ele, nem nada, é ruim. É bom estar no quarto, você troca ele. Ficar lá [no berçário] eu nem posso tocar ele (M7).*

*A gente não pode ficar pegando ela bastante, por causa da temperatura (M8).*

As participantes referem se sentir mães quando o bebê está perto, em contato físico com elas, bem como na hora em que realizam cuidados como: trocar, dar banho e amamentar. Essa proximidade permite, ao longo do tempo, o conhecimento das respostas do bebê ao seu comportamento e vice-versa, aspectos que estabelecem e ampliam o vínculo entre os dois.

*Ela descendo para o berçário eu sei que quem está mais próxima dela sou eu, a pior fase já passou, agora ela está mais tranquila. Eu estou mais próxima dela, antes eu ficava só trinta minutos e o máximo que eu podia fazer era somente por a mão nela, agora eu pego ela no colo, dou leitinho para ela, troco a fralda, dou banho. Então, é bem mais próximo que antes. Ela já sabe quem sou eu, essa aqui é minha mãe. Ela começa a chorar eu pego ela, ela já para. Eu passo a mão. Se eu afasto, ela começa de novo, isso eu já percebi: quando está no colo também até a saturação dela melhora, ela fica bem mais confortável. Não que eu a mãe, ela não sabe, mas ela tendo mais contato comigo, mais apegada, tá sentindo mais eu (M9).*

A internação submete o bebê a alguns procedimentos que afastam e modificam as formas iniciais de interação, por exemplo, o bebê com sonda, na

fototerapia, na incubadora sem ou com oxigênio, com capacete.

*Ele estava tomando sorinho, então, não podia tirar ele da incubadora. Agora, ele está tomando aquela luz, ele estava com icterícia, não podia pegar ele, porque tinha que ficar na incubadora. É um pouquinho pior porque você não podia pegar no colo e tal. Mas, eu, assim, do ladinho dele a gente já ficava bem (M13).*

*Pego no colo, mimo, não é?! A menininha é a mesma coisa só que é tudo na sondinha, não pode pegar toda hora. Tiro o leite certinho e dou no copinho, ele está aceitando bem. Eu estou aprendendo agora a trocar a fraldinha, a limpar o umbiguinho. Tudo isso tá ficando rotina (M14).*

Os relatos indicam que as mães aprendem o cuidado de seus filhos prematuros com base no que observam, do que são orientadas e do convívio com o bebê, o que permite que se sintam gradativamente seguras e capazes.

## 4 Discussão

O presente estudo destaca a importância de promoção e proteção da interação materna com o filho prematuro hospitalizado. A aproximação do bebê prematuro e a apropriação gradativa de seus cuidados na hospitalização são relevantes para a segurança e ampliação do vínculo e, ainda, para a constituição da identidade ocupacional materna da mulher (CHRISTIANSEN, 1999; MARTINS, 2017). Os relatos obtidos estão coerentes com a ideia de que as mães são figuras de referência na infância, com participação e responsabilidade pelos cuidados, sendo a interação a base para a criança construir sua identidade e segurança, aspectos evidenciados em outras investigações (CARTAXO et al., 2014; BORCK; SANTOS, 2010; BRADLEY; PUTNICK, 2012).

Em situação de recém-nascidos hospitalizados, o estudo de Borsa e Nunes (2011) aponta que as mulheres são carentes de apoio durante a internação, gerando dificuldades no processo de desenvolvimento e desempenho do papel materno, fato esse que necessita de atenção e mudanças na prática assistencial, em razão de os primeiros anos de vida serem o período mais crítico e de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de qualquer criança, por veicular ingredientes fundamentais para os crescimentos intelectual, emocional e moral (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002).

A vivência em UTIN é entendida pelas mães como um evento impactante em suas vidas, com sentimentos de tristeza, preocupação e rotina cansativa, mas necessária à sobrevivência do filho e, mesmo entre aquelas que relatavam mais tranquilidade e felicidade com a recuperação do bebê, o período inicial foi descrito como muito difícil e doloroso (CARTAXO et al., 2014). Segundo Almeida et al. (2016), o terapeuta ocupacional favorece cotidianamente espaços para a vivência de fazeres criativos, afetivos e para a construção/expressão de significados, percepções e reflexões a respeito do que se vive e do que (não) se faz no hospital.

Para Brazelton e Greenspan (2002), de acordo com as necessidades essenciais da criança, são de vital importância as experiências e os tipos de cuidados aos quais toda criança tem direito. Nesse referencial, a primeira das necessidades é a que diz respeito à necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos. As mães do presente estudo vivenciaram separação física e descontinuidade do contato com o filho, colocando a criança e elas mesmas em vulnerabilidade em termos dessa necessidade.

A necessidade de proteção física, segurança e regras, que diz respeito a fornecer ambientes protetores que possam garantir o desenvolvimento saudável, no nascimento, infância e adolescência (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002), revelou desacolhimento dos profissionais e, portanto, lacunas. O Estudo de Dantas et al. (2015) salienta a importância da identificação, por parte dos profissionais de saúde que trabalham em UTIN, das mães de neonatos prematuros hospitalizados que se percebem como tendo pouco apoio social.

Os relatos maternos indicam que o ambiente da maternidade e da UTIN requer transformações para tornar-se um cenário mais seguro e favorável às interações humanas. Desse modo, poderá garantir mais proteção e apoio às mães, particularmente no processo de parto, nascimento e período de hospitalização de bebês prematuros. Assim, defende-se a ideia de um ambiente hospitalar sustentador, que privilegia as necessidades de proteção e segurança de cada criança e família. Nesse sentido parece ser importante a presença de profissionais que atuem na integralidade do cuidado oferecido à mãe e ao seu bebê, ampliando as práticas hospitalares para a identificação além das necessidades biológicas de ambos, mãe e bebê. Em especial, no que se refere às intervenções de terapia ocupacional, em que é possível conhecer, compreender e ajudar as pessoas, neste caso as mães de bebês prematuros, a refletirem sobre a vivência no cotidiano hospitalar, sobre as ocupações que se desenrolam nessa cotidianidade

e como essa situação se insere em sua história de vida (ALMEIDA et al., 2016).

As mães apontaram precisar e querer o apoio da mãe ou de um membro da equipe da UTIN, com vistas a ampliar seus conhecimentos, capacidade e habilidades para o cuidado do filho. Permitir que a mãe experimente seu papel e tenha autonomia no cuidado e interação com seu bebê, de forma amparada, é efetivar singularidade da atenção. Nesse sentido, os resultados apontam para a importância da garantia de outra necessidade, aquela direcionada ao respeito das diferenças individuais (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002), não somente em relação ao bebê, mas à díade mãe-filho.

Cuidar do bebê prematuro significa, para a mãe, mais que uma execução de tarefas aprendidas, representa um exercício de (re)conhecimento de seu filho, aceitação e ligação afetiva (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010). Para a mãe, contar com a presença de um terapeuta ocupacional para auxiliá-la no estabelecimento da identidade ocupacional de mãe pode ser a possibilidade de cumprimento das necessidades essenciais para um desenvolvimento saudável. A maternagem é um processo tempo-dependente que permite às mulheres desenvolver o significado da vida familiar. Assim, o processo de hospitalização, como no caso de bebês prematuros, pode ser influenciado pela atribuição de significados negativos, incertezas, preconceitos sociais e pela falta de oportunidade de contato com os bebês no ambiente de internação (ARZANI et al., 2015).

Para Piccinini et al. (2012), a avaliação positiva ou negativa da atuação dos profissionais de saúde refere-se, entre outros aspectos, ao acolhimento relacionado com informações, orientações e escuta das mães. Ter informações sobre o que está ocorrendo, o que vai ocorrer, o resultado de exames ou mesmo ser informada e orientada sobre aspectos que parecem ser óbvios aos profissionais de saúde também pode ser um fator que interfere na segurança materna e em sua confiança na equipe. Os profissionais necessitam repensar sobre o apoio oferecido e a constituição de ambientes seguros e sustentadores, com vistas à contribuição na conformação da maternagem. O estudo de Arzani et al. (2015) aponta que uma das formas de procurar assegurar isso é prover mais oportunidades de contato e de interação entre mães e seus bebês, nos momentos de cuidados aos seus filhos, fato revelado como incipiente neste estudo.

Um pré-natal qualificado é uma prática que contribui para o acesso às informações e para uma avaliação positiva não só da equipe, mas do processo pelo qual a mãe o vivenciou (PICCININI et al., 2012). No que diz respeito às mães do presente estudo,

isso nem sempre foi indicado. De modo geral, conforme sinalizam Sassá et al. (2014), os serviços de saúde estão distanciados do contexto global de seus usuários e oferecem apoio ao desenvolvimento biológico dos bebês, especificamente no caso do acompanhamento de bebês prematuros, possuindo uma visão fragmentada do cuidado à família.

Os resultados sugerem que os profissionais podem estar mais preocupados em cumprir a rotina do serviço e prover cuidados específicos para a sobrevivência do bebê, ficando aquém o cuidado essencial para a maternagem e interação.

Na perspectiva das mães entrevistadas, os profissionais são vistos com atitudes prescritivas, com pouco espaço para as interações iniciais entre mãe e bebê e para a construção de um cuidado compartilhado. Apesar de todas as discussões que abordam a humanização na assistência neonatal, segundo Carmona et al. (2012), ainda são incipientes as estratégias sistematizadas de apoio às mulheres e suas famílias, sendo as iniciativas, em geral, pontuais e de acordo com a atuação de alguns profissionais sensíveis à questão.

Esta investigação sugere que é necessário analisar e organizar um tempo mínimo para haver o contato inicial entre a mãe e o bebê prematuro, resguardando a saúde infantil em momentos críticos, mas também atento às necessidades maternas para garantir a construção de sua identidade ocupacional materna, benefícios e ampliação do cuidado. O contato suficiente para o início do estabelecimento do vínculo mãe-filho é complexo e há padrões relacionais diversos, alguns com maior risco do que outros, cabendo mencionar que é importante diminuir o estresse materno e a separação precoce em processos de internação (KORJA; LATVA; LEHTONEN, 2012; SHAH; CLEMENTS; POEHLMANN, 2011; WOODWARD et al., 2014).

De acordo com as necessidades essenciais na infância (BRAZELTON; GREENSPAN, 2002) é preciso estar atento às oportunidades de cuidado, oferecidas para a criança crescer e se desenvolver. As participantes referem se sentir mães de fato quando o bebê está perto, nos momentos de contato físico, na hora que realizam os cuidados como trocar, dar banho e amamentar, fazeres que vão ajudando-a a constituir sua identidade ocupacional de mãe. Essa proximidade permite, ao longo do tempo, o conhecimento das respostas do bebê ao comportamento da mãe e vice-versa. Assim, construir espaços de cuidado acolhedor e próximo contribui para a construção e o estabelecimento de vínculos essenciais à saúde humana. Os processos proximais iniciais para estabelecer o vínculo com

o bebê resultam da combinação de três momentos principais: contato físico, conversa e valorização da amamentação, como formas de interação recíproca (CARTAXO et al., 2014).

Cabe aos profissionais de saúde a organização de ambientes de cuidado sustentador, que privilegia as necessidades de proteção e segurança de cada criança e família. Em específico, ao terapeuta ocupacional, a compreensão de que é nesse cotidiano, tão diferente do esperado pelas mulheres para realizarem seus primeiros fazeres com o bebê, que a identidade ocupacional materna começa a se construir e consolidar.

## 5 Considerações Finais

O presente estudo possibilitou apreender os elementos das interações entre mães e bebês prematuros hospitalizados. Identificou serem interações limitadas em função do acolhimento profissional incipiente, da separação física do filho e da falta de oportunidades plenas de contatos com ele. Esses aspectos sugerem, que as necessidades essenciais da criança ficam em vulnerabilidade, repercutindo em ansiedade, culpa, inseguranças e dificuldades para assumir o cuidado do filho e na construção da identidade ocupacional materna. Diante disso, podem existir repercussões ao desenvolvimento infantil da criança nascida prematura, dado o fato de ser o vínculo e apego um processo implicado com as necessidades essenciais. Investimentos nesse âmbito são protetores e promotores da saúde desta criança e da mãe.

O encontro e o contato íntimo com o filho podem trazer apropriação gradativa de vínculos, em busca de interações socioafetivas saudáveis, que são de extrema relevância ao desenvolvimento humano. Assim, é premente dar às mães oportunidades de relacionarem-se precoce e plenamente com suas crianças, sobretudo no contexto do nascimento prematuro. Tal prática ampliará as interações entre mães e filhos por ampliar seus fazeres maternos e qualificar o acolhimento psicoafetivo e físico no cuidado da criança. Além disto, consolida premissas ao cuidado justo, humano e integral.

É importante enfatizar os princípios da defesa dos direitos da criança, de atender a suas necessidades essenciais e de práticas norteadas por eles, contribuindo efetivamente para a promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como a importância da corresponsabilidade entre mães, famílias e profissionais. A abordagem da temática e do quadro conceitual em outros contextos poderá trazer contribuições para novas pesquisas e práticas voltadas à defesa e à garantia das necessidades essenciais



da criança e para a ampliação da discussão sobre o processo de construção da identidade ocupacional materna, considerando os limites do presente estudo, desenvolvido em uma única unidade de saúde de uma cidade.

## Referências

- ALMEIDA, C. R. V. et al. Sobre o cotidiano no contexto do adoecimento e da hospitalização: o que dizem as mães acompanhantes de crianças com diagnóstico de neoplasia? *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 247-259, 2016. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0609>.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Mothers' experiences and perspectives regarding their premature infant's stay at the neonatal intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010.
- ARZANI, A. et al. Mothers' strategies in handling the prematurely born infant: a qualitative study. *Journal of Caring Sciences*, Rockville, v. 4, n. 1, p. 13-24, 2015.
- BENGOZI, T. M. et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 155-160, 2010.
- BORCK, M.; SANTOS, E. K. A. Terceira etapa método canguru: convergência de práticas investigativas e de cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 761-768, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400021>.
- BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 31-39, 2011.
- BRADLEY, R. H.; PUTNICK, D. L. Housing quality and access to material and learning resources within the home environment in developing countries. *Child Development*, Malden, v. 83, n. 1, p. 76-91, 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01674.x>.
- BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. *As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BRITTO, P. R.; ULKUER, N. Child development in developing countries: child rights and policy implications. *Child Development*, Malden, v. 83, n. 1, p. 92-103, 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01672.x>.
- BUETOW, S. Thematic analysis and its reconceptualization as 'saliency analysis'. *Journal of Health Services Research & Policy*, Thousand Oaks, v. 15, n. 2, p. 123-125, 2010. <http://dx.doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009081>.
- CARMONA, E. V. et al. Mother role conflicts in studies with mothers of hospitalized newborns: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 505-512, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200032>.
- CARTAXO, L. S. et al. Vivências e expectativas de mães com recém-nascidos pré-termo internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 551-557, 2014.
- CHRISTIANSEN, C. H. Defining lives: occupation as identity: an essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *The American Journal of Occupational Therapy*, Rockville, v. 53, n. 6, p. 547-558, 1999. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.53.6.547>.
- DANTAS, M. M. C. et al. Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. *Acta Colombiana de Psicología*, Bogotá, v. 18, n. 2, p. 129-138, 2015. <http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.2.11>.
- ESTEVEZ, C. M.; ANTON, M. C.; PICCININI, C. A. Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 75-99, 2011.
- FALBO, B. C. P. et al. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 1, p. 148-154, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100022>.
- FLACKING, R. et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, Malden, v. 101, n. 10, p. 1032-1037, 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>.
- JOAQUIM, R. H. V. T.; SILVESTRINI, M. S.; MARINI, B. P. R. Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de terapia ocupacional no contexto hospitalar. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 145-150, 2014. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.016>.
- KORJA, R.; LATVA, R.; LEHTONEN, L. The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Malden, v. 91, n. 2, p. 164-173, 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x>.
- KREUTZ, C. M.; BOSA, C. A. "Um sonho cortado pela metade...": estudo de caso sobre o impacto da prematuridade e da deficiência visual do bebê na parentalidade. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 18, n. 2, p. 305-313, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2013000200016>.
- LIU, L. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *The Lancet*, Amsterdã, v. 385, n. 9966, p. 430-440, 2015. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6).
- MARTINS, S. *Gravidez nas adolescências: construções das identidades ocupacionais maternas durante a gestação*. 2017. 172 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.
- MELLO, D. F. et al. Child safety from the perspective of essential needs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 604-610, 2014.

- MELO, R. C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 5, p. 656-663, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500003>.
- PICCININI, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000100004>.
- SASSÁ, A. H. et al. Nursing actions in homecare to extremely low birth weight infant. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 492-498, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400080>.
- SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 10, n. 1, p. 33-37, 2017.
- SHAH, P. E. et al. The paradox of prematurity: the behavioral vulnerability of late preterm infants and the cognitive susceptibility of very preterm infants at 36 months post-term. *Infant Behavior and Development*, Washington, v. 36, n. 1, p. 50-62, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.11.003>.
- SHAH, P. E.; CLEMENTS, M.; POEHLMANN, J. Maternal resolution of grief after preterm birth: implications for infant attachment security. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 127, n. 2, p. 284-292, 2011.
- VIERA, C. S. et al. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 11-19, 2010.
- WOODWARD, L. J. et al. Very preterm birth: maternal experiences of the neonatal intensive care environment. *Journal of Perinatology*, Boston, v. 34, n. 7, p. 555-561, 2014. <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2014.43>.

---

## Contribuição dos Autores

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim e Débora Falleiros de Mello: concepção e delineamento do estudo. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim, Débora Falleiros de Mello e Monika Wernet: análise e interpretação dos dados e revisão crítica do texto. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim, Débora Falleiros de Mello, Monika Wernet, Adriana Moraes Leite e Luciana Mara Monti Fonseca: análise da versão final do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.